

УДК 616.366—094:616.366—002—089

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ

С. А. Гешелин, М. А. Каштальян, Н. В. МищенкоОдесский государственный медицинский университет,
Военно—медицинский клинический центр Южного региона, г. Одесса**РЕФЕРАТ**

Лапароскопическая и открытая холецистэктомия выполнена в различные сроки у 2600 больных по поводу холецистита. У 85% больных, оперированных в сроки до 72 ч острого периода, и у 10% больных, оперированных в "холодном" периоде, обнаружены деструктивные изменения желчного пузыря. У 17% больных, оперированных в более поздние сроки, деструктивные изменения не выявлены. Концепция стадийного течения воспаления и представления о благоприятных и неблагоприятных сроках выполнения операции должны быть пересмотрены.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

острый холецистит; желчный пузырь; морфологические изменения.

MORPHOLOGIC CHARACTERISTIC OF GALLBLADDER IN THE PATIENTS, SUFFERING AN ACUTE CHOLECYSTITIS, WHILE PERFORMANCE OF CHOLECYSTECTOMY IN DIFFERENT TERMS

S. A. Geshelin, M. A. Kashtalyan, N. V. Mishchenko**SUMMARY**

Laparoscopic and open cholecystectomy was performed in different terms in 2600 patients for cholecystitis. In 85% of patients, operated on in terms up to 72 h of an acute period, and in 10% of the patients, operated in a "cold" period, the destructive changes were revealed in gallbladder. In 17% of patients, operated in more late terms, the destructive changes were not revealed. The concept of the staged course of inflammation and suggestions concerning favourable and unfavourable terms of the operation performance must be revised.

KEY

WORDS: acute cholecystitis; gallbladder; morphologic changes.

Выбор оптимальных сроков выполнения операции — одна из основных проблем в лечении острого холецистита. До сих пор доминируют установки, принятые на VI Пленуме правления научного общества хирургов СССР (1956), подтвержденные решениями Всесоюзной конференции хирургов СССР (1968), XIII Пленума правления научного общества хирургов УССР (1972), Объединенного Пленума правлений Всесоюзного и Молдавского обществ хирургов (1976) [5] и "Итогами дискуссии..." по лечению острого холецистита, опубликованными в журнале "Хирургия" [16]. Установки, принятые до внедрения лапароскопических технологий, определяли сроки до 72 ч от начала острого приступа (ранние срочные операции) или "холодный" период (отсроченные операции) как благоприятные для выполнения хирургического вмешательства [16, 22, 28, 32, 34 — 39, 41]. Острый период более чем через 72 ч (поздние срочные операции) признан неблагоприятным, опасным и нежелательным для осуществления хирургической операции [6, 17, 18, 20, 23, 33].

Обоснованием таких установок было представление о стадийном течении воспаления, в соответствии с которым в 1 — 3-и сутки еще не возникает стадия деструкции с формированием перифокального инфильтрата [30, 31], позже чем через 3 сут воспаление прогрессирует в флегмонозную и гангренозную формы с образованием перифокального инфильтрата [25, 26], а в "холодном" периоде — уже отсутствует.

"Психологическое давление" авторитетных форумов [22] не повлияло на позиции хирургов, считающих, что показания к выполнению срочной операции не зависят от сроков заболевания [2, 14, 15]. Некоторые хирурги одинаково часто выявляли деструктивные формы острого холецистита, выполняя операцию в различные сроки [11, 27], или отмечали несоответствие между сроками осуществления операции, клиническими данными и ожидаемыми морфологическими признаками заболевания [1, 12, 29]. У больных старческого возраста деструктивные изменения опережают клинические признаки усугубления тяжести течения заболевания [10]. Откладывание

выполнения операции на "холодный" период недопустимо, так как 60% больных повторно госпитализируют по поводу очередного приступа острого холецистита, что чревато новыми опасностями и осложнениями [3, 13, 19].

Внедрение миниинвазивных лапароскопических технологий способствовало уменьшению частоты операционных осложнений, снижению летальности [7, 8, 34, 40], позволило расширить показания к выполнению хирургического вмешательства по поводу острого холецистита [9].

Показания к операции определяются выраженностью клинических признаков. Технические трудности и опасности обусловлены тяжестью морфологических изменений. Некоторые хирурги объединяют клинические и морфологические характеристики понятием "клинико—морфологическая форма заболевания" [2, 4, 21, 24]. Сопоставление клинических и морфологических характеристик со сроками выполнения операции представляется практически важным.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 2001 по 2006 г. по поводу холецистита в клинике оперированы 2600 больных. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 2392 пациентов, 208 оперированы путем лапаротомии. Способ выполнения операции выбирали рандомизировано, лапаротомию чаще применяли в ночное время и нерабочие дни в связи с отсутствием круглосуточной эндоскопической службы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оперированы в сроки до 72 ч 177 больных, в остром периоде, в сроки позже чем через 72 ч — 545, в "холодном" периоде, в отсутствие клинических признаков острого воспаления — 1833, в неотложном порядке, по жизненным показаниям в связи с возникновением перитонита, независимо от времени, прошедшего от начала приступа — 45.

По данным морфологического исследования у 75 больных выявлены признаки неструктивного острого воспаления, у 778 — деструктивного (флегмона или гангрена), у 1747 — хронического воспаления. Включение в исследование больных с морфологическими признаками хронического холецистита обусловлено тем, что 108 из них госпитализированы с клиническими признаками острого холецистита (24 — в сроки до 72 ч, 84 — позже чем через 72 ч), у 1639 больных ранее были приступы острого холецистита, им рекомендовано выполнение хирургического вмешательства в "плановом" порядке, что по отношению к последнему приступу корректно рассматривать как отсроченную операцию в "холодном" периоде.

В первые 72 ч, которые считают благоприятным для выполнения операции периодом, вопреки представлениям о стадийном течении воспаления, у 148 оперированных пациентов отмечена деструктивная форма воспаления (эмпиема, флегмона желчного пузыря — у 112, локальная или тотальная гангрена — у 36). Преоблада-

ние деструктивных форм острого холецистита в первые 72 ч от начала заболевания обусловлено наличием строгих показаний к выполнению операции и отказом от вмешательства в диагностически сомнительной ситуации. У большинства пациентов выявлена обструкция шейки желчного пузыря и пузырного протока камнями, у 10 — не вызывал сомнений ферментный генез воспаления, у 9 больных в возрасте старше 80 лет возможной причиной деструкции желчного пузыря был сосудистый фактор. Обнаружение деструктивных изменений желчного пузыря в первые часы от начала заболевания у некоторых больных может быть обусловлено остаточными явлениями предыдущего приступа. Всего деструктивные изменения желчного пузыря обнаружены у 81% из 177 пациентов, оперированных в сроки до 72 ч от начала заболевания. Из всех больных с деструктивными изменениями желчного пузыря у 19% — их определяли уже в сроки до 72 ч.

Позже чем через 72 ч от начала заболевания, то есть в сроки, считающиеся неблагоприятными для выполнения хирургического вмешательства, у 94 (17%) из 545 пациентов деструктивные изменения не выявлены, у 10 (2%) — отмечены признаки неструктивного воспаления, у 84 (15%) — хронические воспалительные изменения после ранее возникавших приступов. Таким образом, во время осуществления поздних срочных операций (в сроки позже чем через 72 ч от начала приступа) в 17% наблюдений манипуляции на флегмонозно— или гангренозно—измененных тканях не производили.

В "холодном" периоде, когда клинических признаков острого воспаления уже нет, у 194 (10%) из 1833 больных выявляли морфологические признаки неструктивного (в 3% наблюдений) или флегмонозного и гангренозного (в 7%) воспаления.

Из всех больных, у которых обнаружены деструктивные изменения в желчном пузыре, 282 (36%) — оперированы в сроки до 72 ч или в "холодном" периоде, то есть в те сроки, когда, в соответствии с существующими представлениями, деструкция желчного пузыря либо еще не возникла, либо уже происходили процессы регенерации.

В неотложном порядке, по жизненным показаниям, в связи с перфорацией желчного пузыря или возникновением перитонита, оперированы 45 больных. Все они оперированы в остром периоде (3 — в сроки до 72 ч, 42 — позже чем через 72 ч), у всех обнаружена деструкция желчного пузыря в виде гангрены. Таким образом, учитывая 45 пациентов, оперированных в неотложном порядке, деструктивные изменения в сроки до 72 ч отмечены у 151 (84%) из 180 больных, позже чем через 72 ч — у 493 (84%) из 587.

ВЫВОДЫ

1. В сроки до 72 ч от начала острого периода, в соответствии с существующими представлениями считающиеся благоприятными для выполнения хирургического вмешательства, деструкцию желчного пузыря выявляют у 84% больных.

2. Позже чем через 72 ч острого периода, то есть в сроки, считающиеся неблагоприятными для выполнения операции, деструктивные изменения в желчном пузыре обнаруживают столь же часто.

3. Концепция стадийного течения воспаления, на которой основано представление о благоприятных и неблагоприятных сроках осуществления операции по поводу острого холецистита, должна быть пересмотрена.

ЛИТЕРАТУРА

- Алипов В. В., Кон Л. М.** Клинико—морфологическая характеристика острого холецистита // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 1979. — № 11. — С. 24 — 28.
- Ананикян П. П., Давтян А. О.** К некоторым преимуществам ранних операций при остром холецистите // Диагностика и лечение острого холецистита: Сб. науч. тр. — Ереван, 1988. — С. 71 — 73.
- Ананикян П. П., Ордуян С. Л.** Экстренная холецистэктомия при остром холецистите // Хирургия. — 1988. — № 1. — С. 20 — 23.
- Бобров О. Е., Мендель Н. А., Бучков В. И.** О целесообразности использования понятия "клинико—морфологическая форма" заболевания при лечении больных с острым холециститом // Хірургія України. — 2002. — № 2. — С. 105 — 108.
- Бобров О. Е., Семенюк Ю. С., Федорук В. А.** Еволюція поглядів на вибір лікувальної тактики при гострому холециститі // Шпитал. хірургія. — 2004. — № 1. — С. 87 — 96.
- Борисов А. Е., Земляной В. П., Левин Л. А. и др.** Современное состояние проблемы лечения острого холецистита // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2001. — № 6. — С. 92 — 95.
- Бударин В. Н.** Лапароскопическая холецистэктомия // Хирургия. — 2000. — № 12. — С. 20 — 21.
- Бударин В. Н.** Лапароскопическая холецистэктомия в экстренной хирургии // Там же. — 2005. — № 5. — С. 35 — 38.
- Ветшев П. С., Шулуто А. М., Прудков М. И.** Хирургическое лечение холелитиаза // Там же. — № 8. — С. 91 — 93.
- Гальперин Э. И.** Дискуссия по тактике лечения острого холецистита // Там же. — 1983. — № 11. — С. 114 — 116.
- Георгадзе А. К., Карлов В. И.** Выбор сроков оперативного лечения при остром холецистите // Там же. — 1984. — № 2. — С. 97 — 101.
- Гостищев В. К., Евсеев М. А.** Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Там же. — 2001. — № 9. — С. 30 — 34.
- Гостищев В. К., Мисник В. И.** Перфоративный холецистит // Там же. — 1985. — № 1. — С. 23 — 27.
- Дедерер Ю. М., Прохоров В. И.** Хирургическая тактика и летальность при остром холецистите // Там же. — 1981. — № 1. — С. 109 — 112.
- Захараш М. П., Семендяй М. І., Захараш Ю. М.** Чи є пріоритетною активна вичікувальна тактика при гострому холециститі? // Шпитал. хірургія. — 2001. — № 2. — С. 47 — 49.
- Итоги дискуссии по проблеме "острый холецистит" // Хирургия. — 1987. — № 2. — С. 81 — 92.
- Королев Б. А., Пиковский Д. Л.** Экстренная хирургия желчных путей. — М.: Медицина, 1990. — 240 с.
- Краковский А. И.** Хирургическая тактика при остром холецистите // Хирургия. — 1983. — № 8. — С. 3 — 7.
- Малоштан А. В., Бойко В. В., Тищенко А. М., Криворучко И. А.** Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию. — Х., 2005. — 367 с.
- Никогосян Р. В.** Организация лечения больных острым холециститом и тактика хирурга // Диагностика и лечение острого холецистита: Сб. науч. тр. — Ереван, 1988. — С. 5 — 7.
- Нифантьев О. Е.** Острый холецистит. — Красноярск, 1990. — 205 с.
- Пиковский Д. Л.** Новые принципы диагностики, тактики и хирургического лечения острого холецистита // Острый холецистит: Сб. науч. тр. — Горький, 1988. — С. 14 — 26.
- Родионов В. В., Могучев В. М., Прикупец В. Л. и др.** Диагностическая и лечебная тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 1989. — № 1. — С. 110 — 113.
- Семенюк Ю. С.** Диференційований вибір діагностичної та лікувальної тактики у хворих гострим холециститом: Автореф. дис. ... д.—ра мед. наук. — К., 2004. — 35 с.
- Скворцов К. К.** Оптимізація хірургічної тактики при гострому холециститі за допомогою відеолапароскопічної хірургії: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — К., 2000. — 20 с.
- Скрипниченко Д. Ф., Мамчик В. И.** Калькулезный холецистит. — К.: Здоровья, 1985. — 136 с.
- Страшнина Н. К., Жаренкова В. Д.** Клинико—морфологические параллели при остром холецистите // Тр. науч. сессии Ленингр. НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе. — Л., 1966. — С. 176 — 180.
- Тагиева М. М.** Хирургическое лечение острого калькулезного холецистита // Хирургия. — 1988. — № 1. — С. 15 — 19.
- Тоткало И. В., Пюскулян Л. И.** К вопросу о факторах риска развития осложненных форм холецистита // Острый холецистит: Сб. науч. тр. — Ереван, 1988. — С. 72 — 77.
- Цыганенко И. Т.** Клинико—анатомические сопоставления при острых холециститах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — К., 1960. — 24 с.
- Шалимов А. А., Шалимов С. А., Подпрятков С. Е. и др.** Современная тактика лечения острого холецистита // Клин. хирургия. — 1983. — № 4. — С. 1 — 4.
- Шапошников А. В.** Патогенез, диагностика и хирургическое лечение острого холецистита. — Ростов н/Д, 1984. — 224 с.
- Шапошников Ю. Г., Решетников Е. А., Варданян В. К.** Особенности клинического течения и принципы хирургического лечения острого холецистита // Хирургия. — 1983. — № 1. — С. 61 — 66.
- Эсперов Б. Н., Бисвас А. Р.** Лечебная тактика при остром холецистите // Там же. — 1987. — № 11. — С. 143 — 145.
- Jarvinen H. J., Hastbacka J.** Early cholecystectomy for acute cholecystitis // Ann. Surg. — 1980. — Vol. 191. — P. 501 — 505.
- Koo K. P., Thiby R. C.** Laparoscopic cholecystectomy in cholecystitis // Ibid. — 1996. — Vol. 131, N 4. — P. 540.
- Lahtinen J., Alhave E. M., Ankee S.** Acute cholecystitis by early and delayed surgery // Scand. Gastroenterol. — 1978. — Vol. 3. — P. 673 — 677.
- Linden W., Sunzel H.** Early versus delayed operations for acute cholecystitis // Am. J. Surg. — 1970. — Vol. 120. — P. 1 — 14.
- McArthur P., Cuschieri A., Sells R. A., Shields R.** Controlled clinical trial comparing early with interval cholecystectomy for acute cholecystitis // Br. J. Surg. — 1975. — Vol. 62. — P. 850 — 856.
- Singer J. A., McKeen R. V.** Laparoscopic cholecystectomy for acute or gangrenous cholecystitis // Am. Surg. — 1994. — Vol. 60. — P. 326 — 328.
- Suter M., Meyer A.** A 10—year experience with the use of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis // Surg. Endosc. — 2001. — Vol. 15, N 10. — P. 1187 — 1192.